

물질 사용 장애가 있는 사람과 관련한 정보 제공 동의

환자성	이름	중간 이니셜
케이스 번호		
시설	유닛	

지침: 환자에게 양식 사본을 제공하십시오! 환자 케이스 기록(Patient's Case Record)용으로 사본 일(1) 부를 준비합니다. 청구 목적으로 이 양식을 사용하는 경우 자원 및 변제 대리인(Resource and Reimbursement Agent)용으로 추가 사본을 준비합니다. 정보 요청에 따라 다른 기관에 이 양식을 송부할 경우, 환자 케이스 기록용으로 추가 사본을 준비합니다.

환자 동의에 따른 [공개] / [제공]

공개/제공(동그라미)될 정보의 규모 또는 성격	
공개/제공(동그라미)의 목적 또는 필요	
정보를 공개/제공하는 사람 또는 기관의 이름 또는 직함	공개/제공이 이루어지는 대상이 되는 사람 또는 기관의 이름 또는 직함
사이:	및:

아래에 서명한 본인은 위 내용을 읽었고 여기에 나와 있는 대로 공개/제공 시설의 직원이 그러한 정보를 공개/제공하도록 승인합니다. 본인은 이에 의존하여 조치가 취해진 정도까지를 제외하고 본인에 의해 언제든지 서면으로 이 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 아래에 다른 시간 기간, 사건 또는 조건이 명시되지 않은 한 본 동의는 서명 시점으로부터 육(6) 개월 후 만료되며, 그러한 경우 명시된 시간 기간, 사건 또는 조건이 적용됩니다. 본인은 또한 일체 공개/제공은 1996년 건강보험 이동책임법("HIPAA") 파트 160 및 164를 비롯해 물질 사용 장애를 가진 사람에 대한 환자 기록의 기밀 유지를 관장하는 연방 규정집(Code of Federal Regulations) 표제 42에 의해 구속되며, 위에 지정된 것이 아닌 다른 당사자에 대한 이러한 정보의 재공개는 본인 측의 추가 서면 승인 없이도 금지됩니다.

위에 명시된 기간을 대체하는 시간 기간, 사건 또는 조건: _____

참고: 본 양식을 통해 제공되는 일체 정보는 물질 사용 장애가 있는 사람과 관련한 정보 재공개 금지(TRS-1) 양식을 수반합니다.

본인은 일반적으로 당 프로그램이 동의 양식에 대한 본인의 서명 여부에 따라 본인의 치료에 영향을 미치지 않지만, 본인이 동의 양식에 서명하지 않을 경우 특정 제한적인 상황에서 치료가 거부될 수는 있음을 이해합니다. 본인은 아래 본인의 서명으로 인지되는 바와 같이 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

_____ (환자의 서명)

_____ (요구되는 경우 환자/보호자의 서명)

_____ (환자의 정자체 이름)

_____ (환자/보호자의 정자체 이름)

_____ (날짜)

_____ (날짜)